

Sick Leave Report

اجازة مرضية

[تقرير باجازة مرضية]

Sick Leave Report

الرقم : 78499

التاريخ : 16-06-1444

Patient Name : AHMED ABDULHAMEED AHMED AHMED

Iqama Id : 2443544172

Medical Record No : 6550961

Gender : MALE

Nationality : EGYPTIAN

Date Of Birth : 15/10/1984

Occupation :

Place Of Work :

Date Of Visit : 07/01/2023

Adm Date : 07/01/2023

Discharge Date : 07/01/2023

اسم المريض : احمد عبدالحميد احمد احمد

رقم الهوية : 2443544172

رقم السجل الطبي : 6550961

الجنس : ذكر

الجنسية : EGYPTIAN

تاريخ الميلاد : 15/10/1984

المهنة :

جهة العمل :

تاريخ المراجعة : 07/01/2023

تاريخ الدخول : 07/01/2023

تاريخ الخروج : 07/01/2023

التشخيص :

Diagnosis : FALLEN DOWN ON THE RIGHT FOOT FROM A HEIGHT TWO DAYS AGO ,, SEEKED MEDICAL ADVICE IN ANOTHER HOSPITAL ,, ON EXAMINATION SEVERE SWELLING AND ECCHYMOSES IN THE ANKLE AND CLCANEUS ,, FOR X RAYS (REVEALED COMMUNUTED FRACTURE RIGHT CALCANEUS AND FRACTURE LATERAL MALLEOLLUS ,, FOR CT TO EVALUATE THE FRACTURE AND PUT THE PLANE OF MANAGEMENT
S92.0 Fracture of calcaneus
S82.6 Fracture of lateral malleolus

التوصيات

بالكشف على المريض يوصى بالاتي :

منحه اجازة مرضية لمدة 14 يوم / ايام

اعتبارا من 16-06-1444 الى 29-06-1444

مراجعة الطبيب المعالج قبل انتهاء اجازته

احالته للهيئة الطبية لاحد الاسباب التالية :

اعتماد التقرير الطبي

من غير الممكن علاجه في المستشفى

حالته تدل على عجزه الصحي عن العمل بصورة جزئية او قطعية

اخرى :

Recommendations

Following Medical Examination , It is Recommended :

Sick Leave for : 14 Day (s)

Starting From 07/01/2023 To 20/01/2023

Follow Up Before End of Sick Leave

Referral To Medical Committee For Following reasons :

Approval Of Sick Leave

Can not be Treated In Hospital

Permanent or Partial Disability

Others :

Treating Physician Name : MOHAMMED MAHMOUD MANSOUR
MAHMOUD (15331)

Signature :

Badge No :

Physician Name :

Signature :

Approval by the Director Of :

Name :

Signature :

الخدم :

Date :

الرقم :

التاريخ :

اسم الطبيب المعالج :

التوقيع :

اسم الطبيب :

التوقيع :

المدير الطبي :

التوقيع :

سعادة / مدير / عميد :

اشاره الي حالكم رقم :

بشان طلب الكشف الطبي على الموضح اسمه اعلاه

اشاره الي مراجعة الموظف لديكم الموضح اسمه اعلاه للكشف عليه بخدون بعالية التقرير الصادر بشانه

المدير التنفيذي لمستشفى

الاسم :

التوقيع :

ملاحظته : هذا التقرير رسمي وصادر من خلال النظام ولا يحتاج الى حتم